

4º ENCONTRO DE ECONOMIA DA SAUDE

10 e 11 de Novembro de 1994

A UTILIDADE DA INFORMAÇÃO DE ROTINA NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE: O CONTRIBUTO DOS GDHs

**Margarida Bentes
Maria da Luz Gonsalves
Elaine Pina
Margarida Santos**

INSTITUTO DE GESTÃO INFORMATICA E FINANCEIRA

RESUMO

Os Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDHs) são um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes coerentes do ponto de vista clínico e similares em termos do consumo de recursos hospitalares.

Os GDHs constituem, actualmente, a base de um sistema de informação implementado nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

O objectivo desta comunicação é o de apresentar a utilidade daquela informação, na identificação de potenciais áreas problemáticas em termos da qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

A área de estudo é a obstetrícia (GDH 370 a 375) relativamente às utentes que tiveram alta durante 1992. Os GDHs seleccionados representam cerca de 12% do total de doentes saídos naquele período. São, concretamente, analisados os seguintes indicadores: taxa de realização de cesarianas; percentagem de cesarianas com complicações ou comorbilidades face ao total de cesarianas; ocorrência de lacerações do períneo em partos vaginais e casos de longa duração nas cesarianas sem complicação ou comorbilidade substanciais.

Através da análise dos indicadores anteriormente identificados não é possível concluir sobre a qualidade dos cuidados prestados a cada doente, mas a sua verificação em níveis que se afastam grandemente da média nacional constituem alertas para a existência provável de problemas de qualidade. A análise estatística de indicadores permite, assim, levantar questões e formular hipóteses que terão de ser depois confirmadas pela revisão detalhada de amostras de processos clínicos.

Palavras Chave: Grupos de Diagnósticos Homogêneos, qualidade de cuidados, indicadores de resultados, informação de rotina, obstetrícia.

1. INTRODUÇÃO E OBJECTIVO

A qualidade é uma característica inerente a qualquer sistema e os cuidados de saúde não constituem excepção. Poderá definir-se, de uma forma simples, qualidade de cuidados, como o grau em que o processo através do qual são afectos recursos a um doente é consistente com resultados que seria razoável esperar (1). Uma definição mais abrangente é a enunciada pelo Institute on Medicine's Committee (1990) que define qualidade de cuidados, como "o grau em que os cuidados de saúde prestados, individual e colectivamente, aumentam a probabilidade de obtenção de resultados desejáveis, sendo consistentes com os conhecimentos técnico-científicos actuais" (2).

O que estas definições têm em comum, é fazerem, de forma explícita, menção a duas dimensões clássicas da qualidade: o processo e o resultado. Não obstante ser defensável afirmar que a qualidade "per si" é melhor definida em termos de processo (determinar se todos os passos requeridos para o diagnóstico e tratamento foram efectuados), as medidas de resultado têm vindo a assumir uma importância crescente. Com efeito, na perspectiva de consumidores e de pagadores, estas últimas, estando mais próximas do produto final do sistema de saúde, tornam-se mais objectivas e significativas. Por outro lado, a avaliação do processo de prestação de cuidados é morosa e muito consumidora de recursos, enquanto alguns indicadores de resultado como, por exemplo, as taxas de mortalidade ou de readmissões, podem ser facilmente obtidos através de sistemas de informação já implementados (3).

Tal como Martin McKee faz notar (4), a utilização de informação de rotina - aquela cuja recolha faz parte do processo normal de funcionamento do serviço ou do hospital - apresenta várias vantagens: custo-efectividade, agregação e comparabilidade. Contudo, a utilização de indicadores de resultado obtidos a partir de informação de rotina pressupõe que se tenha em consideração a casuística da população a que se referem.

As readmissões, por exemplo, podem não ter qualquer significado. Até mesmo os hospitais mais qualificados têm de readmitir alguns doentes perante recorrências imprevisíveis de um mesmo problema de saúde, sem que isso signifique, necessariamente, que existam deficiências na qualidade dos cuidados prestados. As readmissões serão relativamente frequentes nas doenças mentais ou nos tratamentos de neoplasias; já nalgumas situações cirúrgicas, tais como a apendicectomia ou a herniorrafia, os níveis esperados serão muito baixos.

O mesmo se passa com as taxas de mortalidade que, sendo indicadores de resultado vulgarmente presentes nos programas de avaliação da qualidade, só têm poder explicativo se se referirem a grupos de doentes em que estejam ajustados os factores de risco.

De igual modo, as taxas de ocorrência de determinados procedimentos cirúrgicos, não obstante poderem ser utilizadas como indicadores de qualidade - a abordagem cirúrgica, expondo o doente a riscos mais elevados do que a abordagem médica, coloca a questão da sua adequação - só ganham verdadeiro significado quando analisadas relativamente a situações clínicas comparáveis.

Finalmente, a ocorrência de complicações durante a estadia no hospital, pelas implicações no bem-estar do doente, na sua recuperação e nos custos associados ao seu tratamento, é também, vulgarmente encarada como um bom indicador de qualidade. Se é verdade que alguns tipos de complicações não podem ser evitados, outros têm maior probabilidade de ocorrer quando o desempenho dos hospitais se situa abaixo dos padrões de qualidade profissionalmente reconhecidos (5). De um modo geral, taxas de complicações acima de valores médios ou de níveis pré-estabelecidos, constituem importantes pistas para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Uma das formas de proceder ao ajustamento destes indicadores é através da utilização de sistemas de classificação de doentes. Estes definem-se, genericamente, como métodos de atribuir doentes ou episódios de doença a um número finito de classes, com o objectivo de tornar compreensíveis as suas semelhanças e diferenças e permitir que, os que pertencem à mesma classe, sejam tratados de modo semelhante (6).

De entre os diversos sistemas de classificação de doentes existentes, os GDHs - Grupos de Diagnósticos Homogêneos tem sido o mais amplamente divulgado, encontrando-se implementado no nosso país desde 1989. Os GDHs são agrupamentos de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogêneas do ponto de vista do consumo de recursos. Estas classes são definidas a partir de elementos demográficos (idade e sexo) e clínicos (diagnósticos, intervenções cirúrgicas e destino após a alta) que caracterizam os doentes tratados e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital (6).

O objectivo desta comunicação é apresentar a utilidade da informação associada aos GDHs, para avaliação da qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Ao permitir definir os produtos do internamento hospitalar, em termos conceptualmente equivalentes à definição de produto utilizada na indústria, o sistema viabiliza que os princípios gerais do controle de qualidade aplicados naquele sector sejam também aplicáveis ao hospital.

Um desses princípios é a análise de desvios como meio de identificação de problemas. Em termos estatísticos, é possível estabelecer, em relação a qualquer processo produtivo, limites de normalidade, para além dos quais, os níveis de variação observados nos resultados denunciam a eventual existência de problemas. Assim, os processos cujos resultados se situam dentro daqueles limites são considerados "controlados" e, como tal, podem prosseguir sem alterações. Apenas os processos que ultrapassam os limites são considerados "fora de controle", sendo necessário proceder à sua avaliação e efectuar ajustamentos para a reintegração no padrão de normalidade (7).

Para além das inegáveis vantagens do ponto de vista da rentabilização de recursos, outro argumento importante a favor da análise estatística de resultados consiste no facto de, através de indicadores agregados, poderem ser acrescentados conhecimentos que a avaliação de casos individuais necessariamente ocultaria. Se, por exemplo, a possibilidade de se ter evitado uma complicação num doente se torna pouco evidente através do exame daquele caso concreto, o mesmo já não é verdade quando a taxa de complicações do respectivo GDH é bastante mais alta do que, por hipótese, a média nacional.

Existem, no entanto, alguns perigos associados ao excesso de confiança nos indicadores resultantes de análises estatísticas. Estes constituem apenas pistas, não podendo ser confundidos com verdadeiras medidas de qualidade dos cuidados de saúde. Podem, efectivamente, sugerir a existência de problemas, mas raramente indicarão que medidas devem ser tomadas para a sua resolução. Estas últimas só poderão ser deduzidas da informação presente nos processos clínicos dos doentes (4).

Isto significa que, em termos de avaliação da qualidade, a abordagem mais equilibrada consiste em combinar a análise estatística da informação de rotina com a revisão do processo de prestação de cuidados baseada no dossier clínico de doentes seleccionados. A análise estatística centra-se na observação de padrões que sugerem áreas potencialmente críticas, enquanto que o objectivo principal da revisão dirigida a casos concretos é obter uma melhor compreensão das razões pelas quais terão ocorrido resultados negativos.

2. DADOS E MÉTODOS

Com o objectivo de classificar os doentes internados em GDHs, é recolhida regularmente desde 1989, nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde - SNS, informação clínica e demográfica sobre cada doente, mediante um suporte de informação uniforme e utilizando um processo de recolha padronizado.

Cada hospital mantém, portanto, uma base de dados permanente com informação clínica e administrativa acerca de todos os seus doentes saídos. Uma vez que esta informação é periodicamente enviada à tutela para elaboração de orçamentos e cálculo de preços por GDHs, existe, também, uma base de dados nacional com características idênticas.

Estas bases de dados constituem fontes de informação de grande valia para a produção de indicadores de rotina que poderão ser utilizados na avaliação dos cuidados prestados aos doentes.

A presente análise centra-se na informação relativa aos cuidados prestados em obstetrícia (GDHs 370 a 375), às utentes que tiveram alta em 1992. A frequência de casos nestes GDHs é bastante elevada, representando 11,85% do total de doentes saídos dos hospitais de agudos do SNS no período referido.

Começou por observar-se a percentagem de cesarianas no total de partos (Gráfico 1) que, tal como noutros países, tem vindo a aumentar. As razões que se apontam para esta tendência estarão, por um lado, associadas ao progresso tecnológico registado ao nível da monitorização fetal e, por outro, a factores não técnicos, tais como o receio por parte dos

médicos em serem confrontados com acusações de negligência e a valorização curricular dos jovens obstetras.

A percentagem de cesarianas (GDHs 370 e 371) no total de partos é, tradicionalmente, encarada como um indicador da qualidade dos cuidados prestados, dadas as bem conhecidas relações destes procedimentos com a morbilidade e com os custos. A morbilidade é mais elevada na sequência da cesariana por comparação com o parto vaginal, sendo, por exemplo, maior o risco de ocorrência de infecções nosocomiais. Para além disso, os custos associados à primeira são muito superiores, pelo que, quando uma cesariana desnecessária é efectuada, os recursos que lhe estão associados deixam de poder ser aplicados noutros doentes, eventualmente carenciados. O Gráfico 2 ilustra a distribuição dos hospitais de acordo com este indicador e o Gráfico 2A identifica os desvios mais evidentes.

Uma das formas de ajuizar da necessidade de realização de cesarianas consiste na avaliação dos casos explicitamente codificados como "sem menção de indicação". O Gráfico 3 apresenta os hospitais onde a incidência destes casos foi superior à média nacional. Os hospitais B (36,42%), E (24,39%) e H (98,74%) foram seleccionados para revisão dos processos clínicos, no sentido de avaliar a fiabilidade da percentagem detectada. No Hospital H, dado o elevado número de observações, foi retirada uma amostra aleatória simples de 62 casos, representando um nível de confiança de 90% e um erro standardizado de 10%.

O Gráfico 4 mostra a percentagem de casos classificados no GDH 370 - Cesariana com complicação ou comorbilidades - em relação ao total de cesarianas, nos hospitais em que este ratio foi superior à média nacional em, pelo menos, 5 pontos percentuais. O facto de determinado caso ser classificado no GDH 370 não constitui um indicador fiável de qualidade ao nível do caso clínico individual; porém, quando se determina, por exemplo, a taxa de incidência num hospital, deverá esperar-se que a mesma se aproxime da média nacional. Assim, procedeu-se à identificação dos hospitais com maior afastamento daquela média e, seguidamente, analisaram-se os diagnósticos secundários em dois desses hospitais - A (com 11,51%) e B (com 14,04%).

As complicações associadas ao parto vaginal são, também, normalmente consideradas como bons indicadores da qualidade dos cuidados, na medida em que, em condições normais, o parto não é uma situação patológica. Espera-se, portanto, que as complicações devidas a condições biológicas específicas sejam praticamente inexistentes, contrariamente aos casos em que existe um verdadeiro estado de doença (1).

Também nestes casos, a simples constatação da ocorrência de complicações não significa, necessariamente, má prestação de cuidados obstétricos. No entanto, um afastamento da média nacional, por parte de um hospital, poderá indicar uma deficiente assistência no parto. Analisou-se, concretamente, a incidência de traumas da vulva e do períneo nos partos vaginais (Gráfico 5) e, em três Hospitais (C, D e H) que apresentaram taxas significativas (17,49%, 13,29% e 14,84%, respectivamente) procedeu-se à revisão, por amostragem, de processos clínicos referentes aos casos em que havia sido codificada pelo menos uma destas complicações.

Finalmente, a identificação dos "doentes excepcionais" - doentes cujo tempo de internamento é significativamente superior ou inferior à demora média do respectivo GDH - constitui mais um exemplo da utilização da informação de rotina para efeitos de monitorização da qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Uma vez que a cada GDH está associado um tempo médio de internamento esperado, aqueles casos em que se regista um afastamento deste padrão constituem situações atípicas que, por esse motivo, devem ser objecto preferencial de avaliação. Uma deficiente qualidade pode ocorrer, não só devido à subutilização de recursos (por exemplo, negação de acesso a cuidados, altas prematuras) mas também devido à sua sobreutilização, traduzida, por exemplo, na prestação de cuidados não necessários.

O Gráfico 6 apresenta a demora média do GDH 371 - Cesariana sem complicações e/ou comorbilidades - ocorrida em diversos hospitais. No Hospital S, que apresenta um tempo médio de internamento para aquele GDH, superior à média nacional, procedeu-se à revisão de uma amostra de processos clínicos dos casos de "longa duração", a fim de identificar o tipo de situações associadas ao prolongamento dos tempos de internamento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Ocorrência de intervenções cirúrgicas

3.1.1. Percentagem de cesarianas no total de partos

Pode observar-se no Gráfico 2 que existe uma grande variação entre os hospitais quanto ao peso das cesarianas no total de partos, havendo um número bastante elevado de instituições onde é aparente uma sobreutilização daquele procedimento.

As razões para tal comportamento não são, à partida, conhecidas e a sua investigação ultrapassa o âmbito desta comunicação. É, no entanto, interessante observar que a distribuição daquele indicador, por regiões, aponta para padrões distintos, principalmente entre a região centro e a região norte (Gráfico 7), onde os ratios obstetras/ginecologistas por 1000 mulheres em idade fértil são relativamente semelhantes (Gráfico 8). Uma vez que os dados referentes à realização de cesarianas respeitam, apenas aos Hospitais do SNS, efectuou-se uma análise de regressão múltipla, utilizando variáveis relacionadas com a capacidade de oferta daquelas instituições (nomeadamente, a proporção de camas de obstetrícia no total de camas e o número de obstetras por cama), tendo-se verificado ser praticamente nulo o seu poder explicativo ($R^2 = 0,08$).

Há, no entanto, que prosseguir com a investigação nesta área para exploração de outras variáveis, como sejam factores demográficos e sociais e características das parturientes, que apontem, eventualmente, para diferenças significativas entre as regiões. Finalmente, deverá ser também considerada a possibilidade da existência de práticas clínicas diferentes, seguindo, aliás, as conclusões de diversos estudos revistos por Leap (8) que demonstram ser aquela a principal determinante das variações geográficas entre taxas de ocorrência de procedimentos cirúrgicos.

3.1.2. Cesarianas sem menção de indicação

A análise dos processos clínicos relativos aos registos codificados como "sem menção de indicação" dos hospitais B e E confirma a existência de um elevado número de casos em que foi realizada cesariana sem que estivesse documentada a justificação para tal procedimento (96,6% e 90%, respectivamente) - (Gráficos 9 e 10). Este facto levanta o problema da eventual precaridade da informação presente nos processos clínicos, bem como da oportunidade para a implementação de protocolos que definam as situações em que as cesarianas deverão ser efectuadas.

Da análise dos processos clínicos respeitantes ao Hospital H (Gráfico 11), resultou a detecção de uma codificação sistematicamente deficiente. Do total de casos revistos, 88,37% apresentavam, de facto, documentação clínica que evidenciava existirem indicações para a realização do procedimento, não obstante estar codificada, explicitamente, a inexistência dessa indicação.

Muito embora a qualidade da codificação seja razoável na maior parte dos nossos hospitais, ainda há muito a fazer no sentido de a melhorar. Ao nível da instituição, os médicos codificadores necessitam de trabalhar em estreita colaboração com os médicos assistentes, informando-os permanentemente acerca do trabalho desenvolvido. Ao nível central, torna-se necessário intensificar a formação dos primeiros, dando particular atenção às áreas que se revelam mais problemáticas, por forma a obter o máximo consenso quanto aos critérios e normas de codificação.

3.2. Complicações

3.2.1. Cesarianas com complicações e/ou comorbilidades (GDH 370)

É interessante notar que os hospitais com maiores taxas de cesarianas não são os mesmos que apresentam percentagens mais elevadas de complicações associadas a este procedimento (Gráficos 2A e 4).

O Hospital A é a única excepção a esta tendência. A análise dos diagnósticos secundários neste hospital aponta, no entanto, para a existência de patologias que a parturiente já apresentava no momento da admissão. Apenas 19,67% dos casos classificados neste GDH apresentavam complicações desenvolvidas durante o internamento e que sugerem a existência de problemas clínicos, tais como a infecção puerperal (9,84%) e a infecção da ferida da cesariana (8,20%) - (Gráfico 12).

O hospital B exhibe a percentagem mais elevada para o GDH 370. A análise dos diagnósticos secundários indica que 25,0% dos casos tiveram pelo menos uma complicação, tendo sido a infecção puerperal, o tipo mais frequente (12,50%) - (Gráfico 13).

3.2.2. Traumas da vulva e do períneo nos partos vaginais

Pareceria possível afirmar-se que as lacerações da vulva e do períneo são uma das consequências da não intervenção durante o parto e que a realização de episiotomias tem como objectivo evitar traumatismos que, de outro modo, poderiam ocorrer. Esperar-se-ia, assim, que nas mulheres que tivessem sofrido lacerações, não tivesse sido efectuada qualquer episiotomia.

Os resultados, no entanto, não confirmaram tal expectativa. No Hospital C (Gráfico 14) constataram-se traumas da vulva e do períneo em 94,34% das 53 mulheres com processos clínicos revistos: 54,72% tinham tido hematomas, todos relacionados com a episiotomia e 39,62% apresentavam lacerações do períneo sem realização de episiotomia. Muito embora não fosse possível, com base na informação contida nos processos clínicos, concluir acerca da severidade dos hematomas, parece provável que a sua ocorrência esteja associada com a técnica da episiorrafia.

No Hospital D, de um total de 62 processos clínicos revistos, confirmou-se a existência de lacerações do períneo em 87,1% dos casos. As lacerações apresentaram-se associadas a uma episiotomia em apenas 6 casos (11,11% do total de lacerações), distribuindo-se igualmente entre o primeiro, segundo e terceiro graus. Nos restantes 48 casos em que se confirmou a existência de lacerações do períneo sem episiotomia (88,89% do total de lacerações), 35 eram de primeiro grau e 13 do segundo, tendo todas ocorrido em partos espontâneos (Gráfico 15).

No Hospital H, confirmou-se a existência de traumas da vulva e do períneo em todos os processos clínicos revistos. Em 55,1% dos casos ocorreram lacerações sem episiotomia, enquanto nos restantes 44,9%, em que foi efectuada episiotomia, cerca de 2/3 e 1/3 apresentavam, respectivamente, lacerações e hematomas (Gráfico 16), cuja severidade não pode, no entanto, ser avaliada a partir dos processos clínicos.

A análise conjunta dos resultados destes três hospitais leva a concluir pela inexistência de uma relação linear entre a realização de uma episiotomia e a ocorrência de laceração do períneo, facto que levanta a questão das indicações da episiotomia nos partos normais.

Subsequentemente, examinou-se a incidência das episiotomias nos partos cefálicos espontâneos, tendo-se detectado uma grande variação (entre 0% e 98,44%) nos diversos hospitais (Gráfico 17). A média observada (73,23%) é, também, elevada por comparação com outros países, tais como a Dinamarca, a Bélgica e os EUA, que exibem, respectivamente, taxas de episiotomias de 56%, 28% e 62% do total de partos vaginais (9).

Estes resultados preliminares justificam o aprofundamento da análise neste domínio, com recurso, nomeadamente, a uma abordagem prospectiva, a fim de recolher informação mais específica para a avaliação da qualidade, como sejam a duração e a hora do parto, o "timing" da episiotomia (caso se efectue), a prática individual e a constituição das equipas médicas.

3.3. Doentes excepcionais de longa duração

Em 28,6% dos casos de longa duração do GDH 371 no Hospital S, foi detectada a presença de uma infecção nosocomial, com peso idêntico para a infecção urinária e para a infecção da ferida operatória. Na primeira situação, a prática de manter as puérperas algaliadas por um período pós-operatório superior a 24 horas, terá sido a razão mais provável da infecção (Gráfico 18).

Não obstante a relevância destes resultados do ponto de vista da qualidade dos cuidados prestados, se tivesse havido uma codificação adequada daquelas infecções, as respectivas puérperas teriam sido classificadas no GDH 370 - Cesariana com complicações e/ou comorbilidades. Efectuado o reagrupamento daqueles casos, o GDH 370 que representava inicialmente naquele hospital 2,7% do total de cesarianas, passou a representar 14,6%, ou seja, quase 3 vezes mais do que a média nacional, o que por si só constitui um alerta para a existência de problemas associados à realização de cesarianas naquele hospital.

Um aspecto interessante é o de que 26,4% das mulheres cujo internamento foi de "longa duração" tomaram antibióticos sem que a respectiva indicação clínica estivesse documentada no processo, o que sugere a incorrecta utilização deste tipo de medicamentos. Nos casos com tempos de internamento dentro dos limites "normais", o padrão de utilização foi, no entanto, relativamente semelhante, já que 23% dessas mulheres também tomaram antibióticos sem que, aparentemente necessitassem dos mesmos.

Estes resultados confirmam, aliás, as conclusões de outros estudos sobre a matéria. Com efeito, um inquérito recente acerca das infecções hospitalares (10) revela a inexistência, na maior parte dos hospitais, de uma política institucionalizada de utilização de antibióticos (Gráfico 19), facto que conduz a uma qualidade deficiente dos cuidados prestados e a custos desnecessários.

Nos restantes casos de "longa duração" do GDH 371, em que não se encontrou documentada qualquer deficiência no processo de prestação de cuidados, a aplicação dos critérios do Protocolo de Revisão de Utilização (11) demonstrou que o prolongamento da estadia das puérperas no hospital estava associado à utilização inapropriada dos recursos. Em 6,2% destes casos, o motivo consistia no acompanhamento do recém-nascido que necessitava de cuidados de agudos e, nos restantes 93,8%, a alta não havia ocorrido devido ao comportamento conservador do médico assistente ou à prática estabelecida no serviço.

4. CONCLUSÃO

Nesta comunicação examinou-se a utilidade, para avaliação da qualidade, da informação dos GDHs produzida por rotina em todos os hospitais de agudos do SNS. Os resultados apresentados não permitem concluir, definitivamente, sobre a existência de problemas de qualidade mas contribuem, certamente, para seleccionar áreas em que estes têm maior probabilidade de ocorrer.

A Medicina é por vezes encarada mais como uma arte do que como uma ciência. Talvez por isso, tem havido alguma relutância por parte dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos, em aceitar que a qualidade dos cuidados pode e deve ser medida por formas diferentes da auditoria médica e da revisão por pares.

A adopção crescente, no sector hospitalar, dos princípios de controle de qualidade vulgarmente utilizados na indústria tem provado que, para avaliar e gerir a qualidade, é necessário primeiro defini-la através de indicadores objectivos e mensuráveis (12). Interpretações subjectivas não conduzem a resultados comparáveis e revelam-se inadequadas como base de programas de avaliação da qualidade.

Um outro aspecto que merece ser aqui reforçado é a importância crescente da informação produzida por rotina, como meio de avaliação da qualidade. De facto, poderão ocorrer importantes poupanças nos custos das actividades de avaliação, caso se optimize a utilização da informação que é já produzida por outras razões. A revisão de processos clínicos é altamente consumidora de tempo e, como tal, bastante dispendiosa, podendo ser mais relevante e mais custo-efectiva se a análise estatística dos dados de rotina permitir detectar alterações inesperadas ou grandes desvios face a padrões pré-estabelecidos. Por outro lado, certas conclusões apenas podem ser retiradas da análise de conjuntos de doentes, e não através da revisão de cada caso, por mais detalhado que este se apresente.

Todos os Hospitais do SNS possuem, actualmente, uma base de dados relativa aos doentes saídos, agrupados em GDHs. A exploração desta informação deve ser feita, em primeiro lugar, pelas próprias instituições, que são os principais protagonistas da monitorização da efectividade e da eficiência dos recursos que utilizam. A tutela deverá, no entanto, também envolver-se cada vez mais no sentido de efectuar auditorias nos hospitais que não apresentem explicações aceitáveis para as aparentes discrepâncias nos seus indicadores.

É um trabalho de colaboração e dele resultarão, concerteza, benefícios para todos nós, enquanto profissionais de saúde e sobretudo enquanto doentes.

REFERENCIAS

1. CHSR - "Utilization Review Standards for Wisconsin Hospitals - VOL III Background Documentation" - University of Wisconsin - Madison, 1986.
2. Kane, R and Lewett, L - "Quality Assurance for a Program of Comprehensive Care for Older Persons" - Health Care Financing Review, 1993, VOL 14, 4 : 89.
3. Brook, R; Iezzoni, L; Jencks, S; Knaw, W; Krakauer, H; Lohr, K; Moskowitz, M. - Symposium on "Case-Mix measurement and assessing quality of hospital care". Health Care Financing Review. Annual Supplement 1987 : 39-48.
4. Mckee, M. - "Routine data : a resource for clinical audit?" - Quality in Health Care, 1993, 2 : 104-111.
5. Hindle, D; Urbano, J; Bentes, M - "O Controle da Qualidade : Aspectos Práticos" - Conferência sobre Financiamento e Gestão de Serviços Hospitalares, Algarve, Abril 1988.
6. Urbano, J; Bentes, M - "Definição da Produção do Hospital: Os Grupos de Diagnósticos Homogêneos" - Revista Portuguesa de Saúde Pública 1990, VOL 8, 1, 49-60.
7. Decker, M - "Continuous Quality Improvement" - Infection Control and Hospital Epidemiology, 1992, Vol. 13, 3 : 165 - 168.
8. Leape, L - "Unnecessary Surgery" - Health Services Research, 1989, Vol. 24, 3 : 351-407.
9. Henriksen, T et al - "Episiotomy and perineal lesions in spontaneous vaginal deliveries". British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1992, Vol. 99, 950-954.
10. Projecto Controle de Infecção - "Inquérito de Prevalência de Infecção nos Hospitais" IGIF - DDSFG, Abril 1994.
11. Bentes, M; Gonsalves, M. L; Teodoro, I; Urbano, J - "A Revisão de Utilização nos Hospitais" - Conferência sobre Financiamento e Gestão de Serviços Hospitalares, Algarve, Abril 1988.
12. Kritchevsky, S; Simmons, B - "Continuous Quality Improvement. Concepts and Applications for Physician Care", JAMA, 1991, Vol. 266, 13 : 1817-1823.

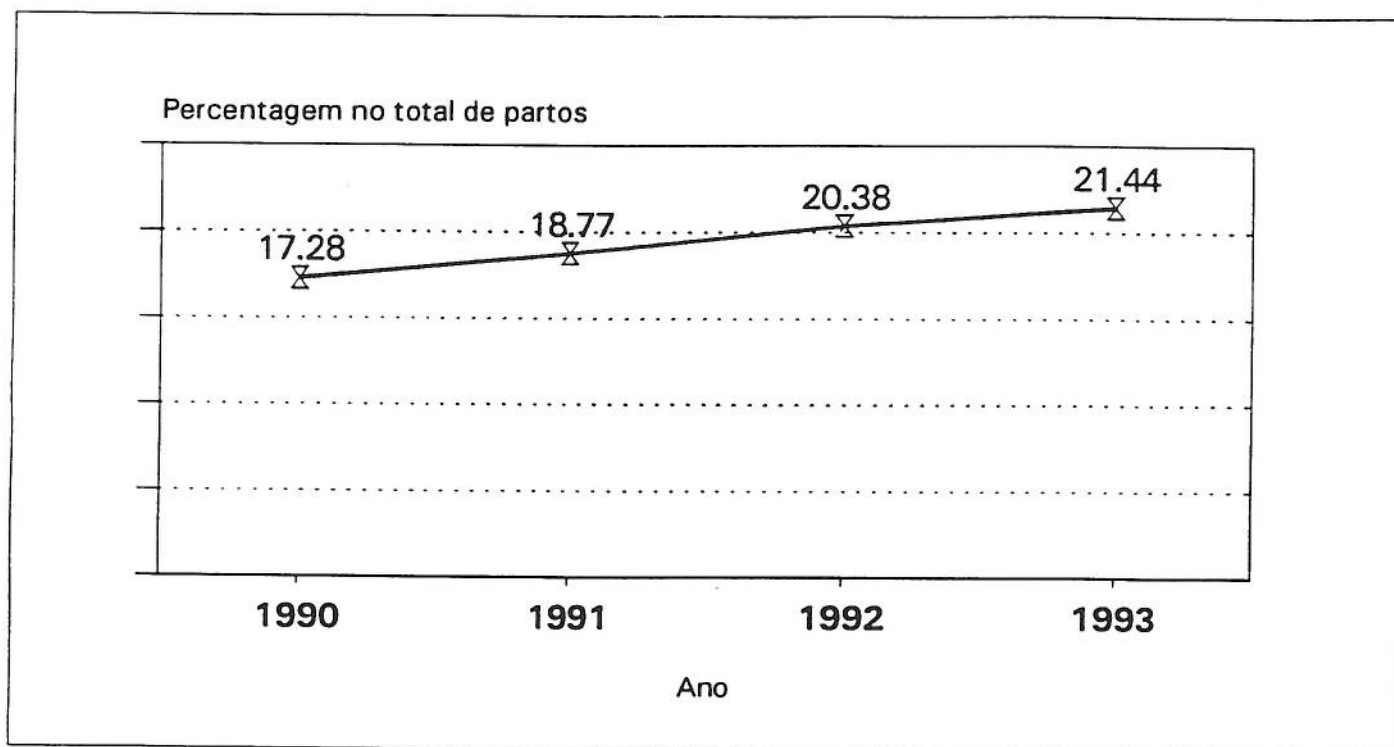
GRAFICOS

- 1 - Evolução da percentagem de cesarianas no total de partos;
- 2 - Percentagem de cesarianas (GDHs 370 e 371) no total de partos, em 1992;
- 2A - Percentagem de cesarianas (GDHs 370 e 371) no total de partos, em 1992, nos Hospitais que se afastam mais da média nacional;
- 3 - Percentagem de cesarianas codificadas como "sem menção de indicação" no total de cesarianas, em 1992, nos hospitais que se situam acima da média nacional;
- 4 - Percentagem de cesarianas com complicações ou co-morbilidades (GDH 370) no total de cesarianas, em 1992, nos hospitais que se situam mais de cinco pontos percentuais acima da média nacional;
- 5 - Incidência de traumas da vulva e do períneo no total de partos vaginais, em 1992, nos hospitais que se afastam mais da média nacional;
- 6 - Demora média do GDH 371 - Cesarianas sem complicações ou co-morbilidades - em 1992, por hospital;
- 6A - Demora média do GDH 371 - Cesarianas sem complicações - comparação do Hospital S com o Grupo e o Continente, 1992;
- 7 - Percentagem de Cesarianas no total de partos (SNS) por regiões de saúde, em 1992;
- 8 - Taxa de obstetras/ginecologistas por 1000 mulheres em idade fértil, por regiões de saúde, em 1992;
- 9 - Cesarianas codificadas como "sem menção de indicação" no Hospital B;
- 10 - Idem, no Hospital E;
- 11 - Ibidem, no Hospital H;
- 12 - Cesarianas com complicações ou co-morbilidades, no Hospital A;
- 13 - Idem, no Hospital B;
- 14 - Partos vaginais com traumas de vulva e do períneo, no Hospital C;
- 15 - Idem, no Hospital D;
- 16 - Ibidem, no Hospital H;

- 17 - Percentagem de episiotomias nos partos cefálicos espontâneos, em 1992;
- 18 - Casos de longa duração do GDH 371 - Cesarianas sem complicação ou co-morbilidades - no Hospital S;
- 19 - Utilização média de Antibióticos por tipo de prescrição, em 1993.

GRAFICO 1

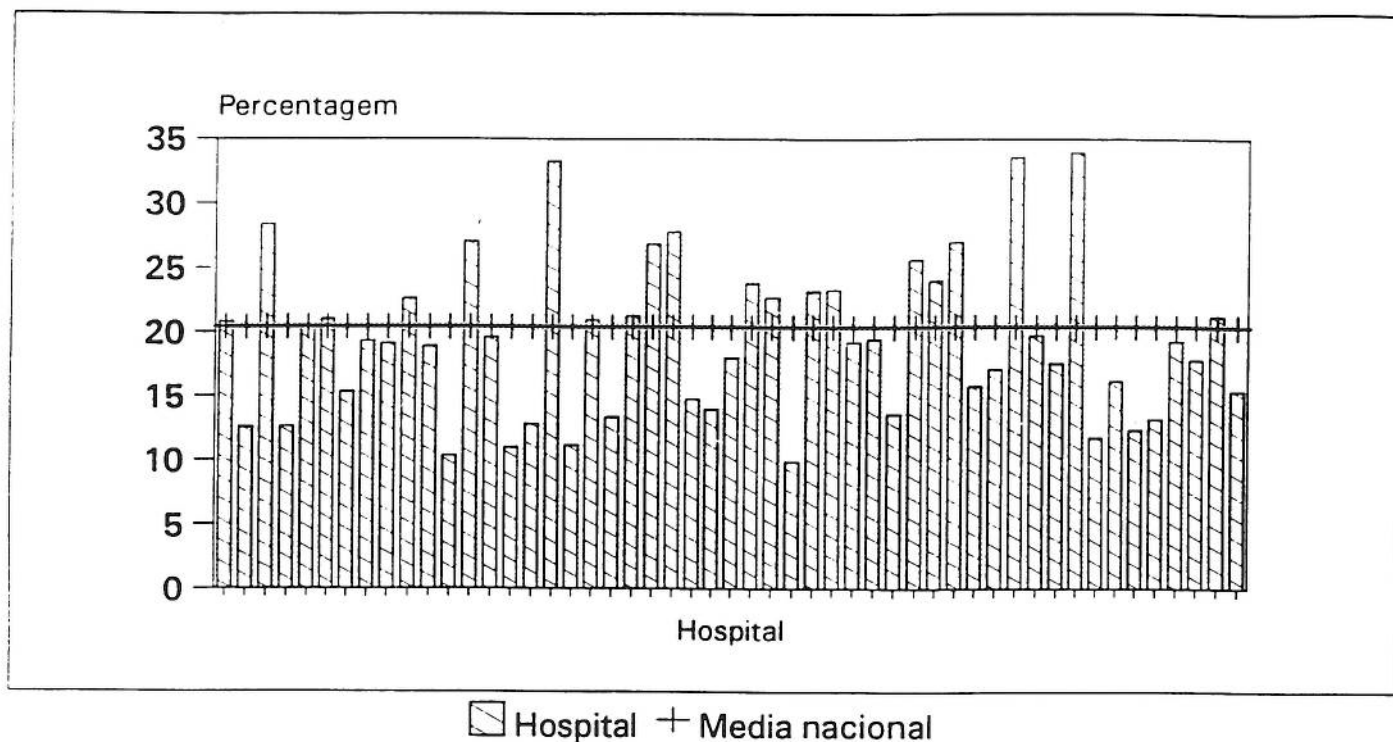
EVOLUCAO DAS CESARIANAS NO TOTAL DE PARTOS



x Cesarianas

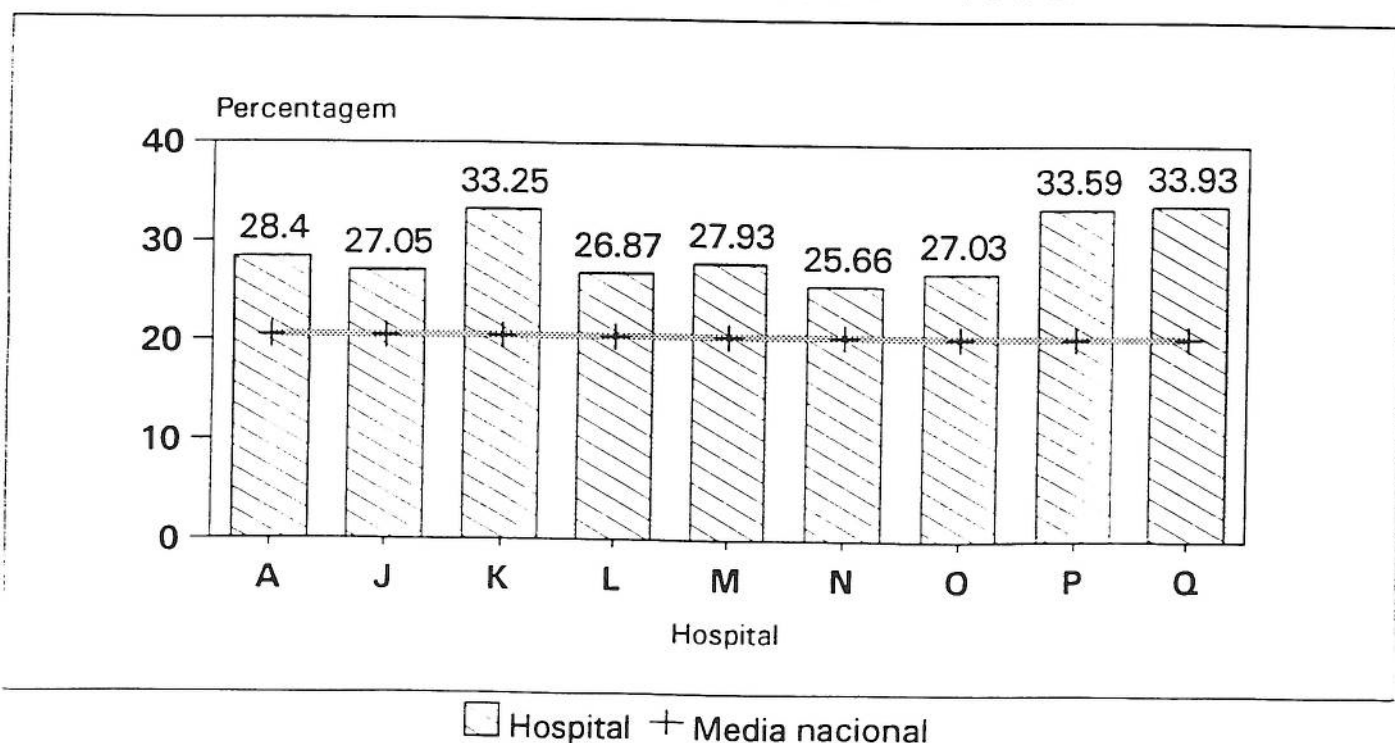
Fonte: IGIF/DDSFG, 1994

GRAFICO 2 CESARIANAS (GDHS 370 & 371) NO TOTAL DE PARTOS - 1992



Fonte: IGIF/DDSFG, 1994

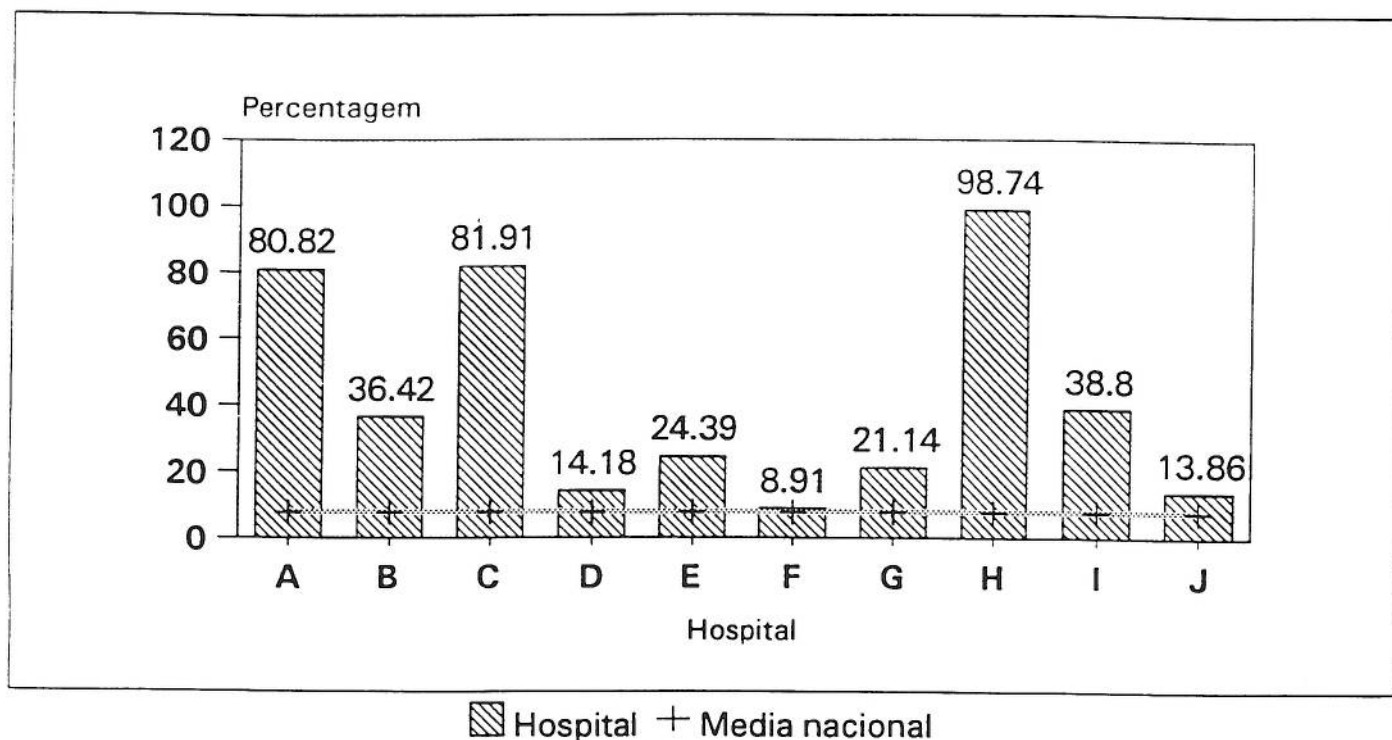
GRAFICO 2 - A CESARIANAS (GDHS 370 & 371) NO TOTAL DE PARTOS - 1992



Fonte: IGIF/DDSFG, 1994

GRAFICO 3

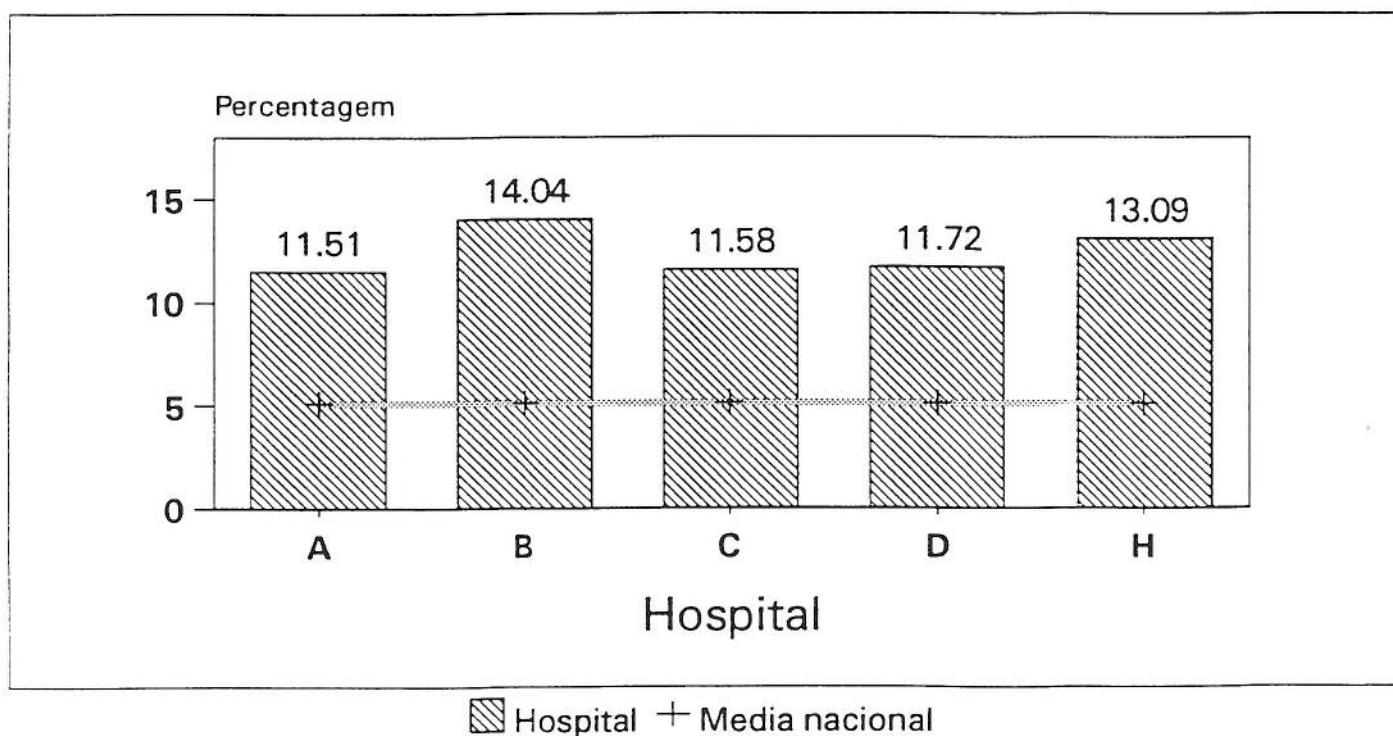
CESARIANAS SEM MENCAO DE INDICACAO NO TOTAL DE CESARIANAS - 1992



Fonte: IGIF/DDSFG, 1994

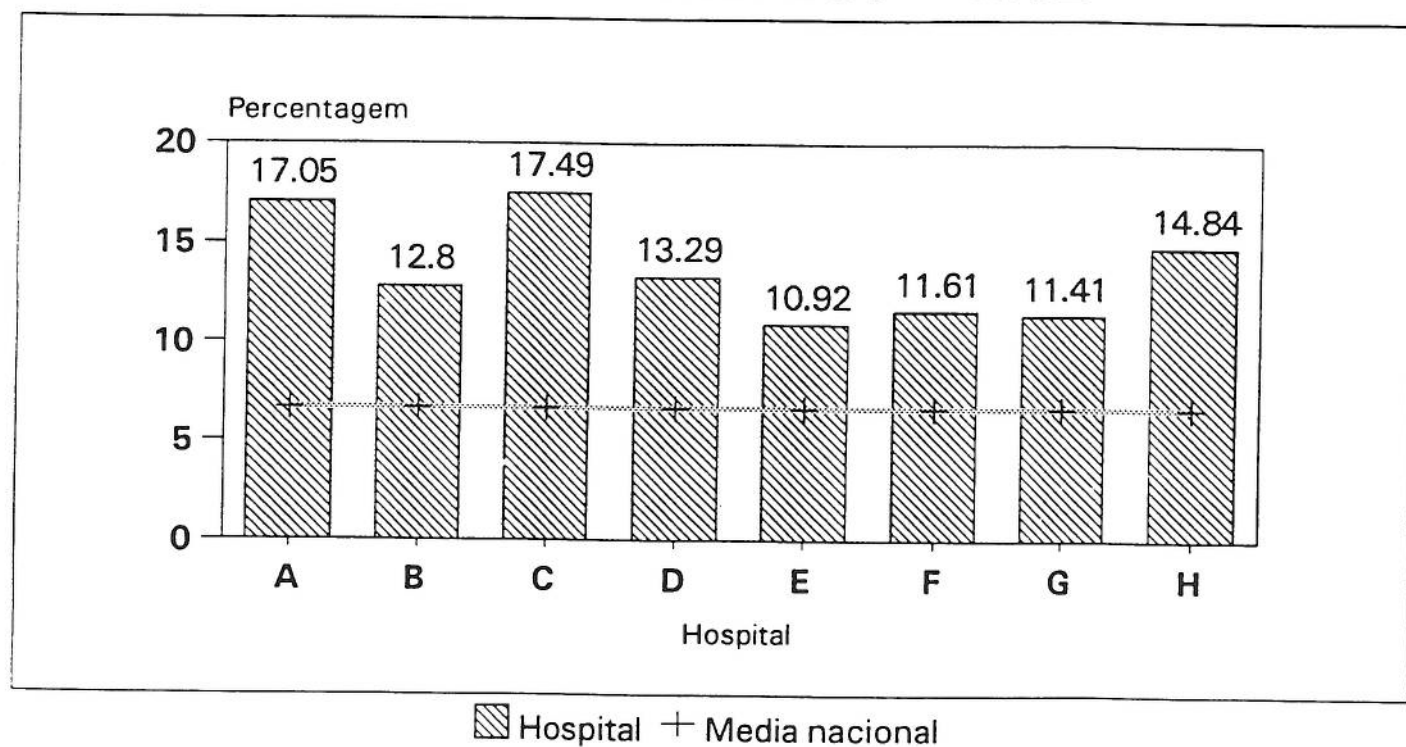
GRAFICO 4

CESARIANAS COM CC (GDH 370) NO TOTAL DE CESARIANAS - 1992



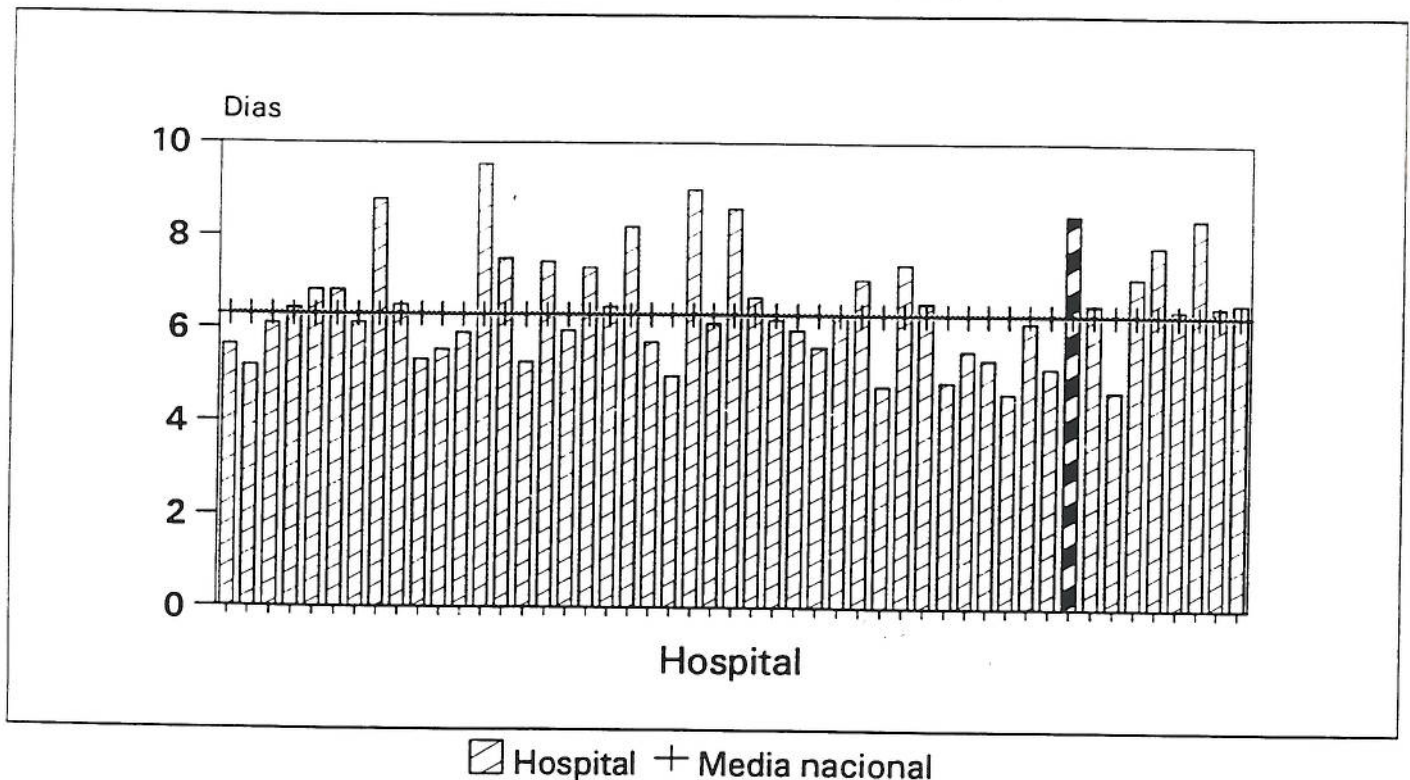
FONTE: IGIF/DDSFG, 1994

GRAFICO 5
TRAUMAS DA VULVA E DO PERINEO NO TOTAL
DE PARTOS VAGINAIS - 1992



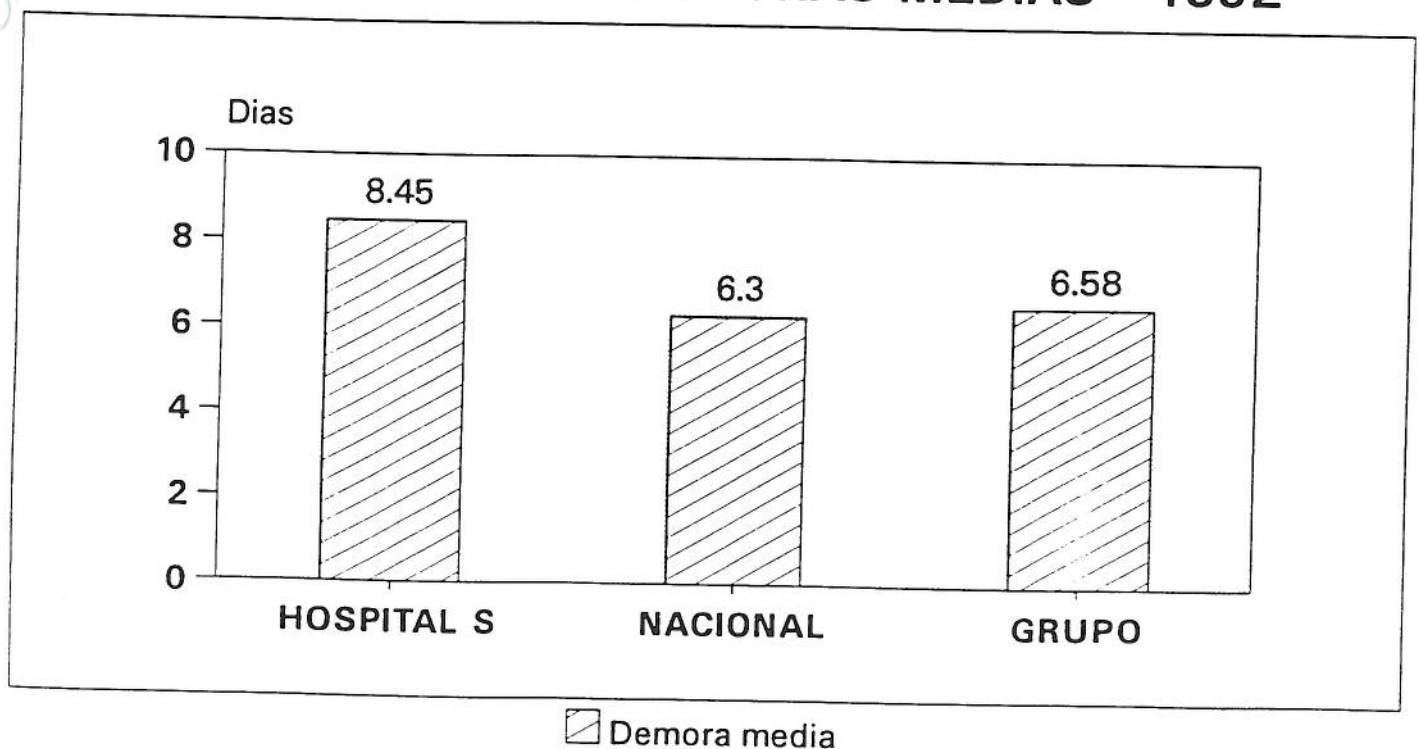
Fonte: IGIF/DDSFG, 1994

GRAFICO 6 **CESARIANAS SEM CC (GDH 371)** **DEMORA MEDIA - 1992**



Fonte: IGIF/DDSFG, 1994

GRAFICO 6 - A **CESARIANAS SEM CC (GDH 371)** **COMPARACAO DE DEMORAS MEDIAS - 1992**

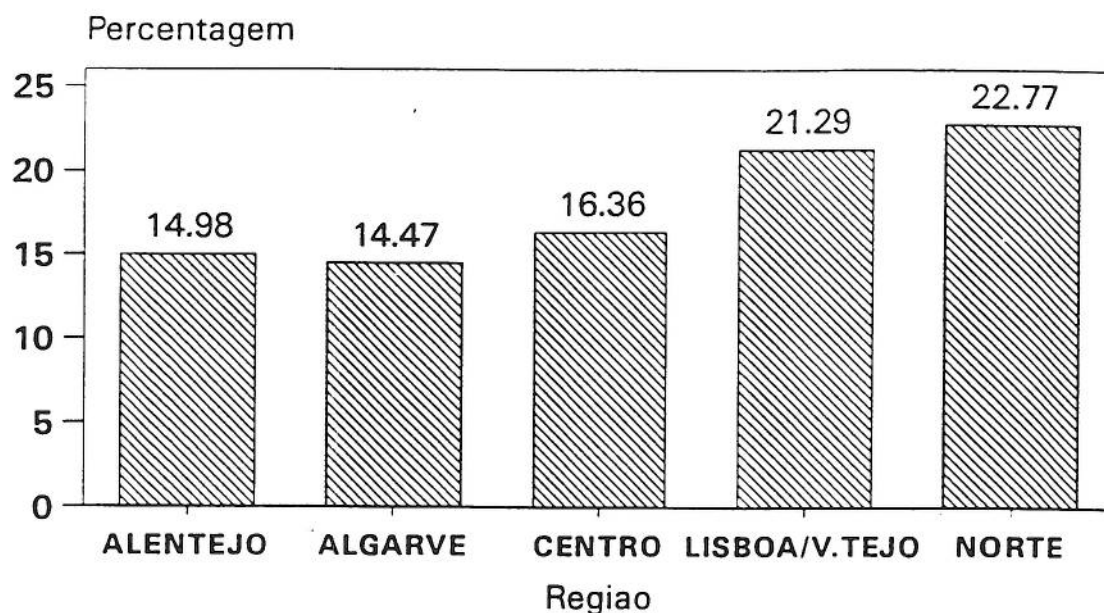


Fonte: IGIF/DDSFG, 1994

GRAFICO 7

CESARIANAS NO TOTAL DE PARTOS POR REGIAO

1992

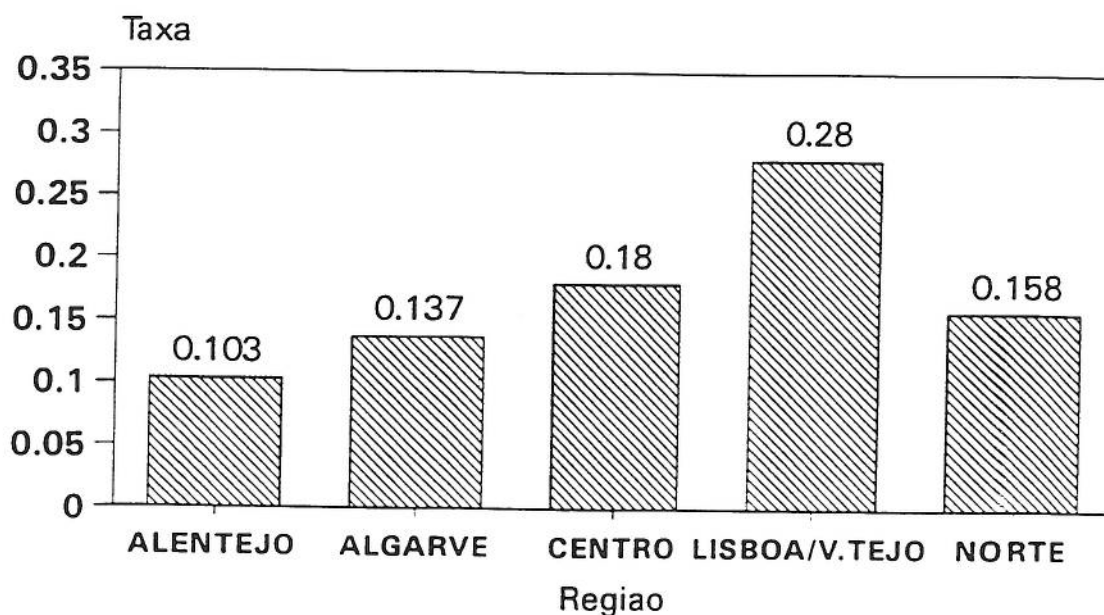


Fonte: IGIF/DDSFG, 1994

GRAFICO 8

OBSTETRAS/GINECOLOGISTAS POR 1000 MULHERES

EM IDADE FERTIL - 1992



Fonte: INE, 1994

GRAFICO 9
CESARIANAS CODIFICADAS COMO SEM MENCAO DE INDICACAO
HOSPITAL B

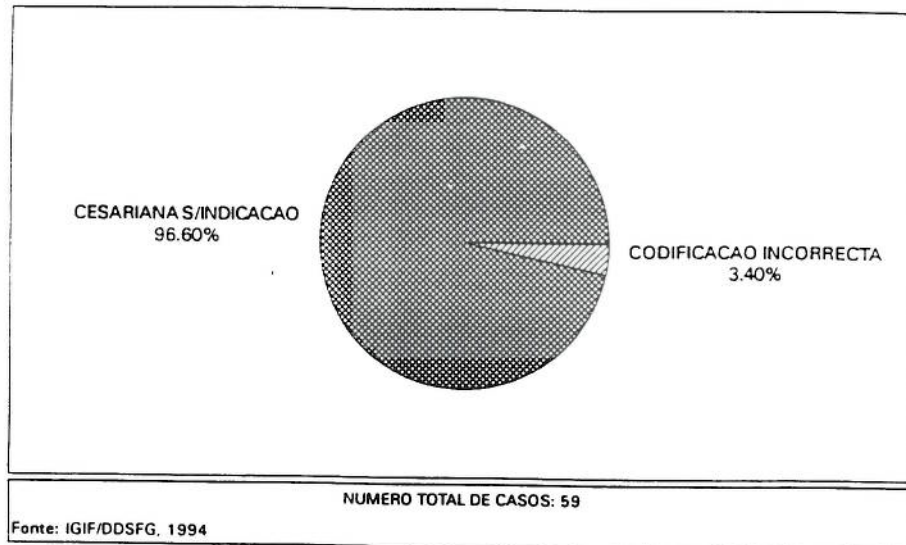


GRAFICO 10
CESARIANAS CODIFICADAS COMO SEM MENCAO DE INDICACAO
HOSPITAL E

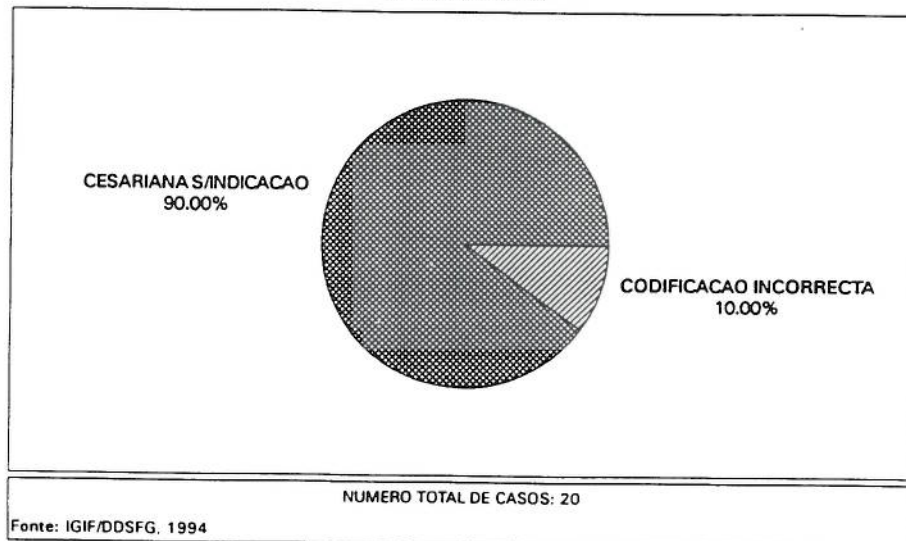


GRAFICO 11
CESARIANAS CODIFICADAS COMO SEM MENCAO DE INDICACAO
HOSPITAL H

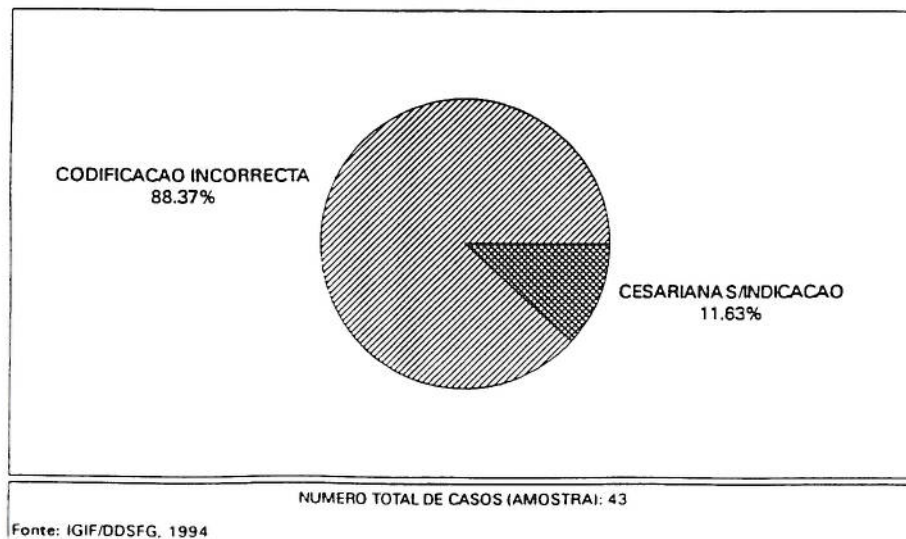
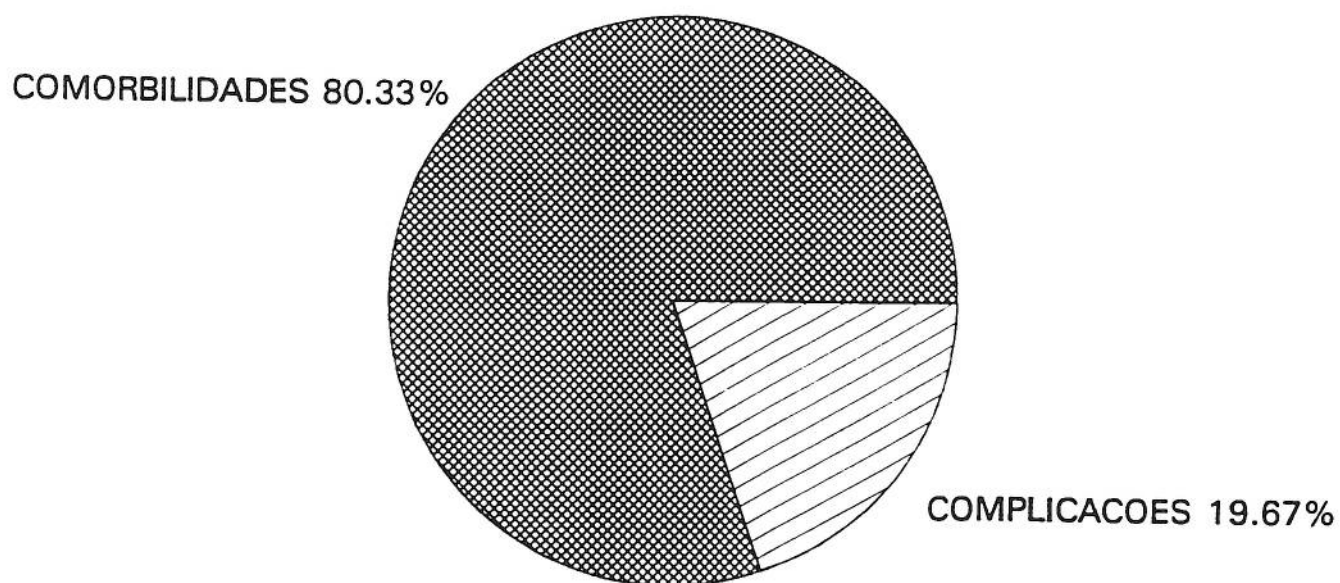
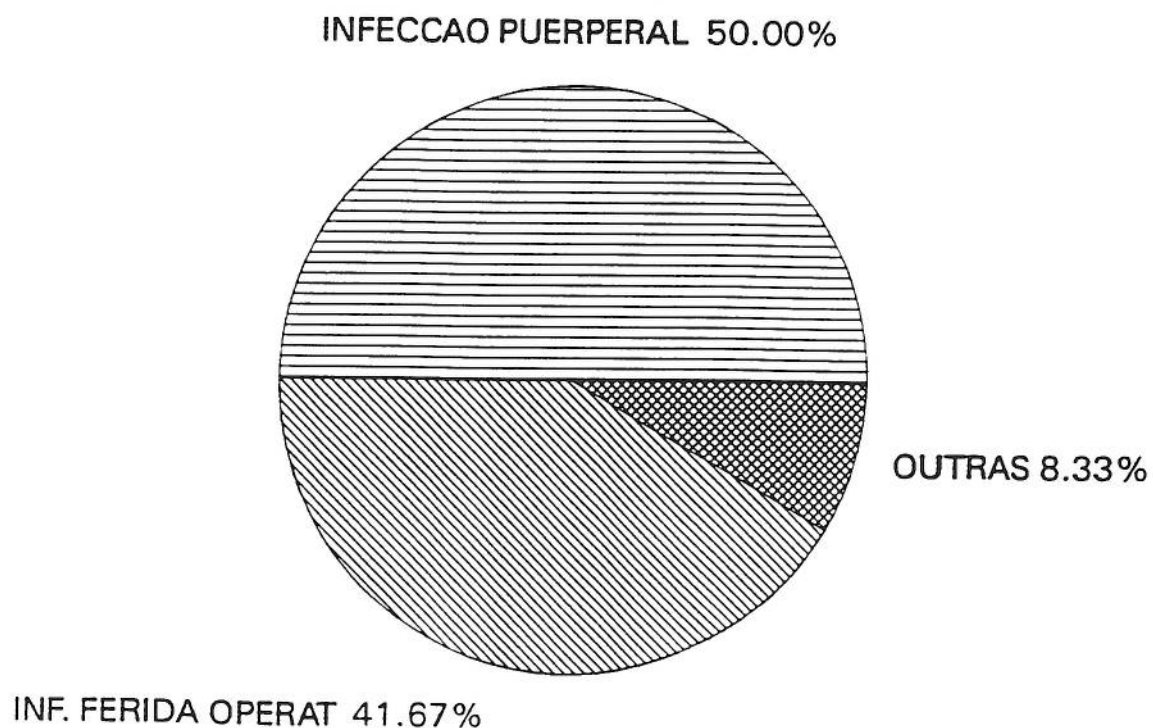


GRAFICO 12
CESARIANAS COM CC - HOSPITAL A

COMORBILIDADES E COMPLICACOES



TIPO DE COMPLICACOES

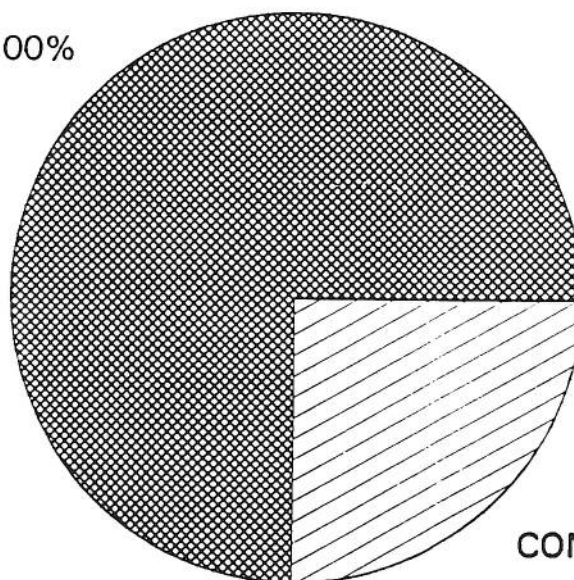


NUMERO TOTAL DE CASOS: 61

GRAFICO 13 CESARIANAS COM CC - HOSPITAL B

COMORBILIDADES E COMPLICACOES

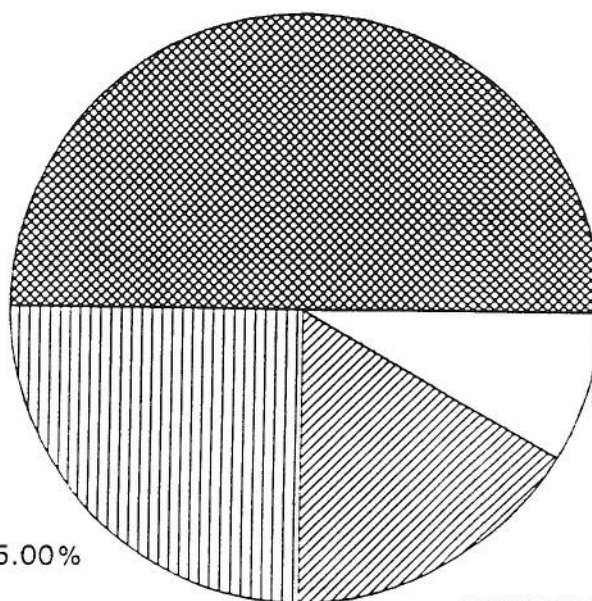
COMORBILIDADES 75.00%



COMPLICACOES 25.00%

TIPO DE COMPLICACOES

INFECCAO PUERPURAL 50.00%



INF. GENITO-URIN. PP 8.30%

INF. FERIDA OPERATORIA 25.00%

HEMORRAGIA POS-PARTO 16.70%

NUMERO TOTAL DE CASOS: 48

GRAFICO 14
TRAUMAS DA VULVA E DO PERINEO
HOSPITAL C

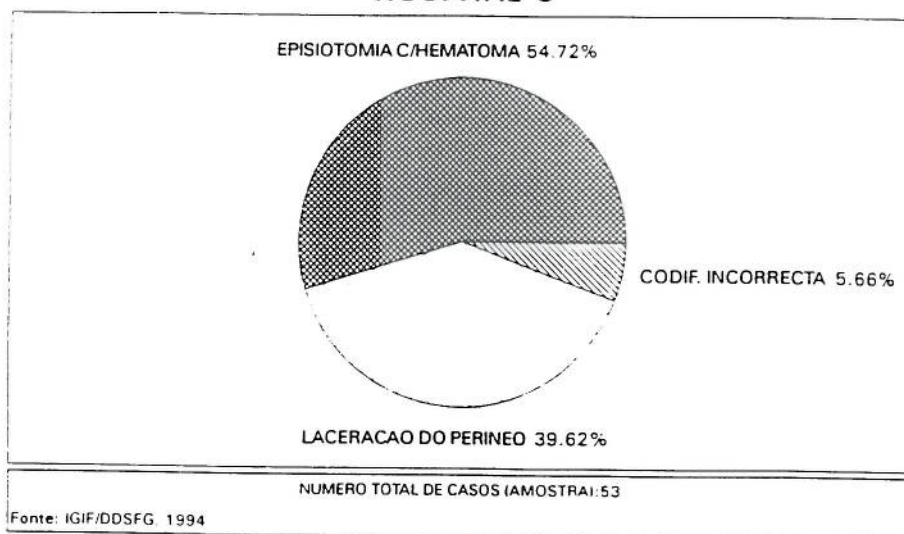


GRAFICO 15
TRAUMAS DA VULVA E DO PERINEO
HOSPITAL D

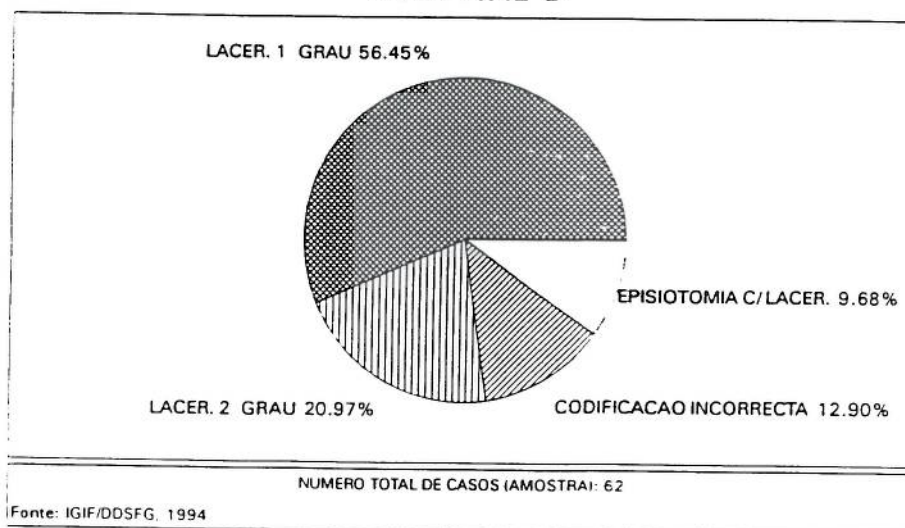


GRAFICO 16
TRAUMAS DA VULVA E DO PERINEO
HOSPITAL H

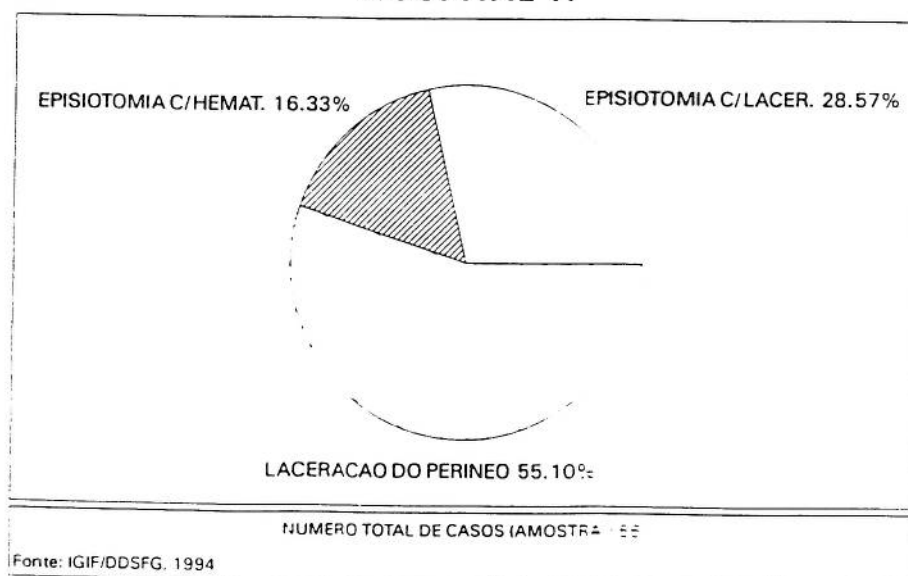
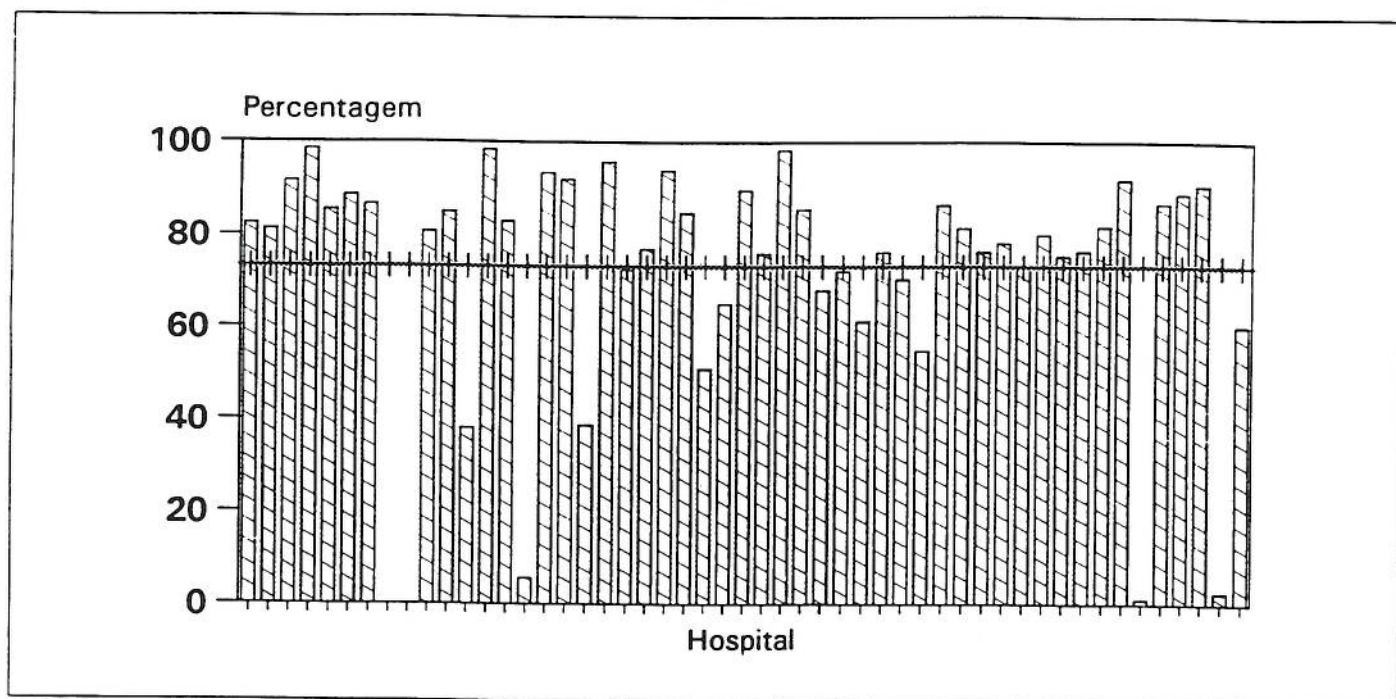




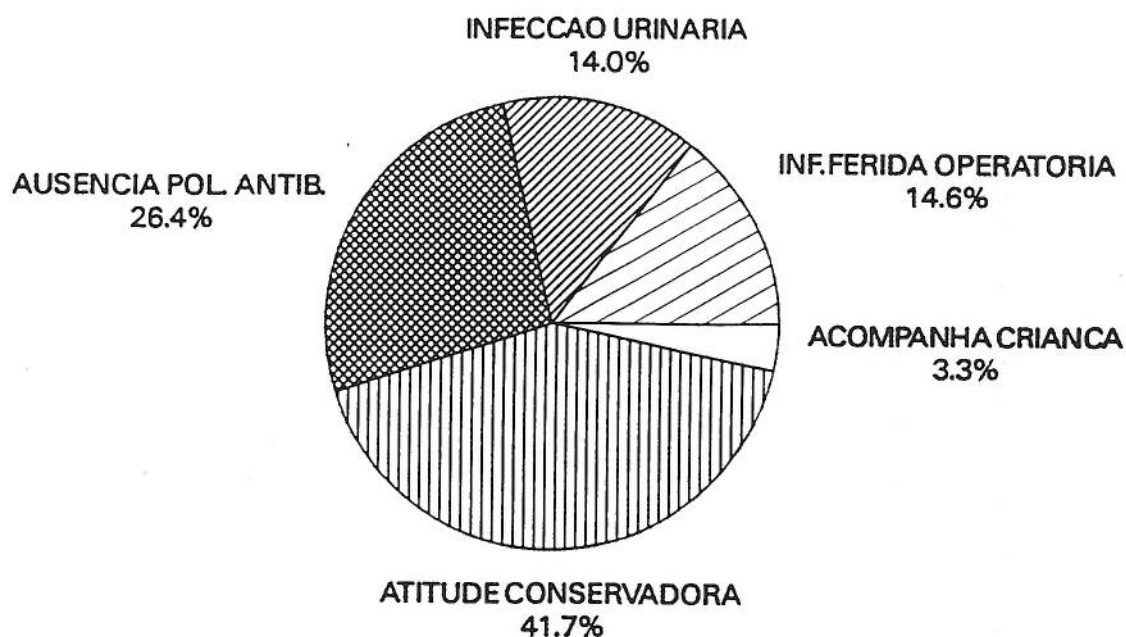
GRAFICO 17 **EPISIOTOMIAS EM PARTOS CEFALICOS ESPONTANEOS** **1992**



 Hospital
  Media nacional

Fonte: IGIF/DDSFG, 1994

GRAFICO 18
ANALISE DOS CASOS DE LONGA DURACAO GDH 371 - CESARIANA SEM CC
HOSPITAL S

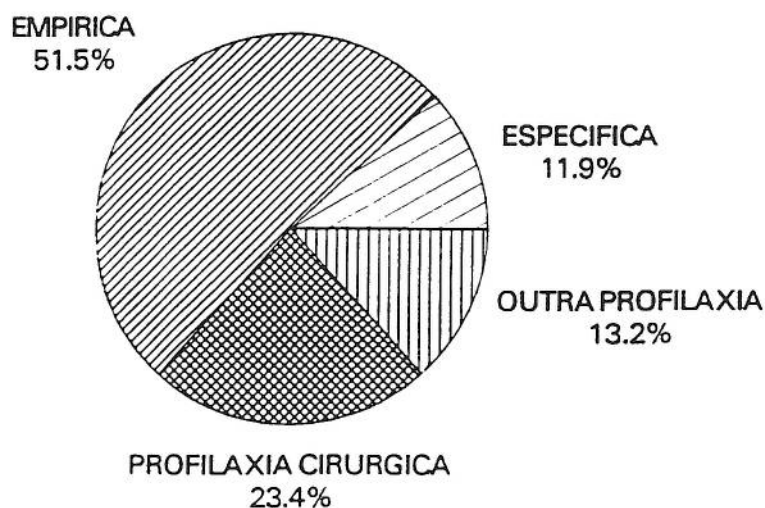


NUMERO TOTAL DE CASOS (AMOSTRA): 123

Fonte: IGIF/DDSFG, 1994

GRAFICO 19
UTILIZACAO DE ANTIBIOTICOS
POR TIPO DE PRESCRICAO - 1993

TAXA DE UTILIZACAO GLOBAL = 41.8%



NUMERO TOTAL DE CASOS (AMOSTRA): 9331 (65 HOSPITAIS)

Fonte: IGIF/DDSFG, 1994